ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 21-19

Date de publication : 15 octobre 1995

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 7)*

LIGNES DIRECTRICES NATIONALES CONCERTÉES POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN PROTOCOLE DE NOTIFICATION POST-EXPOSITION À L'INTENTION DES INTERVENANTS D'URGENCE F-1

Pagination officielle :

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux 169 – 180de la copie communiquée par télécopieur.

LIGNES DIRECTRICES NATIONALES CONCERTÉES POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN PROTOCOLE DE NOTIFICATION POST-EXPOSITION À L'INTENTION DES INTERVENANTS D'URGENCE

Renseignements généraux

Le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), de la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada, a tenu l'année dernière deux réunions au cours desquelles les participants se sont penchés sur les préoccupations des intervenants d'urgence à l'égard de l'exposition professionnelle aux maladies infectieuses.

Le **Symposium national sur le risque d'infection et la prévention des maladies infectieuses chez les intervenants d'urgence** a eu lieu en septembre 1994. On y a examiné les risques d'exposition professionnelle aux maladies infectieuses chez les intervenants d'urgence, les activités de prévention avant l'exposition et les programmes de prise en charge après l'exposition. Les intervenants d'urgence croient fermement qu'ils ont le droit d'être informés des mesures préventives particulières qui peuvent être prises après l'exposition pour éviter que l'un d'entre eux contractent une maladie au travail. [Les personnes désireuses d'obtenir gratuitement le compte rendu de ce symposium sont priées de s'adresser au LLCM, par téléphone (613) 952-5221 ou par fax (613) 952-6668.]

Les 28 et 29 juin 1995, on a tenu une **Conférence de concertation sur la notification des maladies infectieuses aux intervenants d'urgence** afin d'élaborer des lignes directrices que les provinces, les territoires ou les organismes fédéraux pourraient utiliser pour établir des protocoles de notification chez les intervenants d'urgence. Le protocole de notification ferait en sorte que les intervenants d'urgence soient intégrés au circuit de transmission rapide de l'information en vue de la recherche des contacts après une exposition professionnelle aux maladies infectieuses. Ont participé à cette conférence, les intervenants d'urgence (c.-à-d., ambulanciers, pompiers et policiers), des représentants des ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux de la Santé et du Travail et d'autres organismes qui s'intéressent aux expositions professionnelles chez les intervenants d'urgence (annexe 1).

Les participants à la Conférence de concertation ont affirmé qu'un protocole de notification chez les intervenants d'urgence après une exposition potentielle à une maladie infectieuse devait faire partie intégrante d'un programme général de suivi des expositions professionnelles. Les participants se sont entendus sur les lignes directrices énoncées ci-après.

LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN PROTOCOLE DE NOTIFICATION À L'INTENTION DES INTERVENANTS D'URGENCE

1. Critères d'inclusion des maladies

Presque tout le monde est exposé à des maladies infectieuses (p. ex., le rhume) dans le cadre de ses activités quotidiennes. Les intervenants d'urgence risquent cependant d'être exposés à une grande diversité d'agents infectieux, dont la plupart ne mettent pas vraiment en péril leur santé, en raison d'une immunité préexistante ou du caractère bénin des symptômes ressentis. Il reste toutefois que l'émergence d'agents infectieux nouveaux ou la réapparition d'agents infectieux déjà connus plaident en faveur de l'élaboration de critères qui permettront de déterminer quels sont les agents infectieux qui devraient figurer dans un protocole formel de notification.

Recommandations

a) Déterminer s'il y a lieu d'inclure ou d'exclure une maladie donnée en fonction des critères suivants :

i. gravité potentielle de la maladie

ii. existence d'une intervention post-exposition

iii. incidence et/ou prévalence de la maladie

iv. facilité de transmission

b) Compte tenu des critères susmentionnés, les maladies particulières suivantes* devraient figurer dans un protocole de notification :

i. les maladies transmises par des aérosols : tuberculose, infection à méningocoque

ii. les maladies transmises par le sang : infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC).

2. Exposition et transmission de la maladie

On entend par exposition importante à une maladie infectieuse une exposition au cours de laquelle le risque de transmission de micro- organismes est relativement élevé. Des critères tels que la nature de l'exposition, la durée de l'exposition et la nature de la maladie peuvent faciliter l'évaluation de l'importance de l'exposition.

a) Maladies transmises par des aérosols

Tuberculose

Les personnes atteintes de tuberculose ne sont contagieuses que si elles présentent une maladie pulmonaire active, généralement accompagnée d'une toux incoercible. Le taux de tuberculose active est parfois plus élevé que la moyenne chez certains groupes de personnes, p. ex., les autochtones, les personnes nées à l'étranger, les personnes âgées, les toxicomanes et les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Pour évaluer le risque qu'un sujet contracte la tuberculose dans le cadre de son travail, il faut connaître les taux de tuberculose à l'échelle locale et procéder à une évaluation ponctuelle des cas d'exposition, notamment préciser le type de tuberculose en cause, le comportement de la personne atteinte de tuberculose active, ainsi que la durée, la nature et la fréquence de l'exposition chez les intervenants d'urgence.

On entendra par **exposition professionnelle importante à la tuberculose infectieuse**, un contact étroit ou prolongé avec une personne qui a une toux incoercible et est atteinte de tuberculose pulmonaire ou laryngée active infectieuse, en l'absence de toute précaution antiinfectieuse (masque indiqué) [p. ex., transport d'une durée d'une demi-heure d'une personne atteinte de tuberculose laryngée infectieuse (forme la plus infectieuse)].

Infection à méningocoque

La susceptibilité aux méningocoques est fonction de la nature de l'exposition, de la virulence du microorganisme et de l'efficacité du système immunitaire de la personne exposée. De nombreux adultes sont déjà protégés contre la maladie par une immunité préexistante. Les méningocoques ne sont généralement transmis que par exposition directe aux sécrétions des voies respiratoires d'un sujet infecté.

On entendra par **exposition professionnelle importante à l'infection à méningocoque**, un contact étroit des muqueuses avec les sécrétions des voies respiratoires d'un sujet infecté, (p. ex., le bouche-à-bouche, la pratique d'une intubation par un intervenant d'urgence ou le fait que le sujet infecté ait toussé ou éternué à la face de l'intervenant), en l'absence de précautions antiinfectieuses.

b) Maladies transmises par le sang

Le risque de contracter au travail une infection transmise par le sang est fonction des trois facteurs suivants :

1. le risque d'exposition à du sang, des produits sanguins ou des liquides organiques contenant du sang
2. la prévalence de l'infection dans la population, et
3. le risque d'infection consécutive à une exposition importante à du sang infecté ou à des liquides organiques contenant du sang infecté.

Au Canada, la prévalence des infections causées par des pathogènes transmis par le sang varie d'une ville, d'une région ou d'une province à l'autre. Pour qu'il y ait transmission d'une telle maladie, il faut que le VIH, le VHB ou le VHC passent dans la circulation sanguine après avoir pénétré la peau, p. ex., blessure par piqûre d'aiguille, plaie punctiforme ou coupure avec pénétration de la peau; abrasion; contact avec les muqueuses, p. ex., éclaboussures dans les yeux, les narines ou la bouche. **On ne considère pas comme une exposition importante un contact de la peau intacte avec du sang ou des liquides organiques contenant du sang.**

Le risque d'infection consécutive à une exposition professionnelle à du sang infecté s'établit à environ 0,37 % pour le VIH; entre 6 % et 30 %, pour le VHB; et entre 2,7 % et 10 % pour le VHC. Dans le monde entier, il y a eu 73 cas documentés et 141 cas présumés de séroconversion due à une exposition professionnelle au VIH[1]. Aux États-Unis, on a dénombré 43 cas documentés et 91 cas présumés de séroconversion, soit un total de 134 cas. Les cas d'infection par le VHB et le VHC au travail n'ont pas été suivis d'aussi près que pour le VIH ; on ne dispose pas de statistiques nationales ni internationales relatives à la séroconversion.

Il est possible de réduire le risque de transmission du VHB par le sang en vaccinant le sujet avant l'exposition et en lui administrant au besoin des immunoglobulines ou le vaccin contre l'hépatite B après l'exposition; on ne peut avoir recours à ce type de mesures pour le VIH et le VHC.

Pour **évaluer une exposition importante à une maladie transmise par le sang**, il faut procéder à une analyse des deux facteurs suivants :

1) ***la nature de l'exposition*** :

- percutanée
- peau non intacte
- muqueuse

2) ***la nature du liquide organique provenant d'une personne infectée par l'un des virus indiqués ci-dessous*** :

VIH

- sang, liquides organiques contenant du sang

* L'inclusion de ces maladies est obligatoire, mais la liste proposée n'est pas exhaustive.

- liquides provenant du vagin ou de l'utérus ou sperme (improbable en milieu de travail)
- salive contenant du sang lors d'une chirurgie buccale ou de soins dentaires
- liquides céphalo-rachidien, amniotique, péritonéal, synovial, péricardique ou pleural
- salive contenant du sang, en cas de morsure.

VHB

- sang, liquides organiques contenant du sang
- liquides provenant du vagin ou de l'utérus ou sperme (improbable en milieu de travail)
- salive contenant du sang lors d'une chirurgie buccale ou de soins dentaires
- liquides céphalo-rachidien, amniotique, péritonéal, synovial, péricardique ou pleural
- salive contenant ou non du sang, en cas de morsure.

VHC

- sang, liquides organiques contenant du sang
- salive contenant du sang, en cas de morsure.

3. Rôle des organismes d'intervention d'urgence dans un protocole de notification

Préambule

Dans tous les milieux de travail, notamment les organismes d'intervention d'urgence, on est tenu de mettre en oeuvre des programmes de santé et sécurité au travail conformes aux lois et règlements de la province, du territoire ou du gouvernement fédéral. Les services de santé au travail sont les premiers responsables de l'exécution du volet sanitaire de ces programmes. Il incombe aux organismes d'intervention d'urgence d'évaluer les risques possibles d'exposition aux maladies infectieuses en milieu de travail et de prendre les mesures voulues pour réduire les risques.

Programmes de suivi des expositions professionnelles

La prévention est l'élément central de ces programmes, puisqu'elle permet de réduire le risque avant et après l'exposition à une maladie infectieuse.

Un programme de suivi des expositions professionnelles aux agents pathogènes transmis par les aérosols, le sang ou les liquides organiques contenant du sang ne peut être efficace que s'il comporte tous les éléments suivants :

a) les politiques et les protocoles propres à un champ d'activités particulier, p. ex., ambulance, incendie, police,
b) l'équipement de protection individuelle, les mesures de protection et les désinfectants adéquats,
c) l'enseignement et la formation continue des intervenants d'urgence et de l'agent désigné [qui sert d'intermédiaire entre l'intervenant d'urgence et les responsables de la santé publique* (voir section 5)],
d) un programme préexposition,
e) un programme post-exposition, et
f) un partenariat avec les responsables de la santé publique

Programme préexposition

Les programmes préexposition doivent comprendre tous les éléments suivants :

a) Il incombe aux organismes d'intervention d'urgence d'établir des normes et d'offrir de l'éducation et de la formation ainsi que l'équipement de protection individuelle. Leur champ de responsabilité touche notamment :
   - l'information sur les maladies infectieuses
     - les méthodes de transmission
     - l'évaluation du risque d'exposition par l'intervenant d'urgence
     - la définition d'une exposition importante aux agents pathogènes transmis par l'air ainsi qu'au sang et aux liquides organiques contenant du sang
     - les méthodes de désinfection et de décontamination
     - l'acquisition des habiletés nécessaires à l'application des mesures préventives dans toutes les situations (équipement de protection individuelle et mesures de protection).
b) L'immunisation joue un rôle de premier plan en contribuant à prévenir la transmission de certaines maladies infectieuses. Tous les intervenants d'urgence devraient être vaccinés conformément aux recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)[2]. Il est recommandé d'administrer de façon préventive, avant l'exposition, le vaccin contre l'hépatite B aux personnes qui courent un risque accru d'infection professionnelle, c.-à-d., celles qui sont exposées à du sang ou à des liquides organiques contenant du sang.
c) Il incombe aux employeurs de procéder au dépistage de la tuberculose en présence d'un risque élevé d'exposition[3].
d) L'équipement de protection individuelle, p. ex., les masques, devrait être fourni aux personnes qui en ont besoin dans les situations à risque, p. ex., un patient atteint de tuberculose active devrait porter un masque pendant le transport[3].
e) Un ensemble de protocoles relatifs aux agents pathogènes transmis par le sang, p. ex., il importe d'établir et d'appliquer systématiquement des exigences concernant l'utilisation de l'équipement de protection individuelle adéquat et les mesures de protection, dans toutes les situations d'urgence comportant un risque d'exposition au sang ou aux liquides organiques contenant du sang.
f) Les organismes d'intervention d'urgence doivent mettre en vigueur un mécanisme qui encourage les employés à offrir leur concours et leur assistance pour la mise à l'essai de l'équipement de protection individuelle et l'élaboration de mesures de protection visant à prévenir les expositions liées à des situations dangereuses nouvelles.
g) Les organismes d'intervention d'urgence doivent respecter la vie privée des individus, conformément aux lois provinciales, territoriales ou fédérales.
h) Les organismes d'intervention d'urgence devraient respecter le droit des individus à travailler dans des conditions conformes aux lois provinciales, territoriales et fédérales sur la santé et la sécurité au travail.

* Aux fins du présent document, les médecins hygiénistes, les directeurs de la santé publique (Québec) ou tout autre autorité désignée dans le domaine de la santé publique seront appelés «responsables de la santé publique».

Programme post-exposition[4]

Les services d'interventions d'urgence devraient inclure tous les éléments essentiels suivants dans les programmes post-esposition. Les programmes devraient notamment :

a) Fournir immédiatement les premiers soins requis à la suite d'une exposition à du sang ou à des liquides organiques contenant du sang.
b) Désinfecter la zone contaminée au lieu de travail.
c) Établir des politiques et des méthodes pour mettre en oeuvre le protocole de notification en cas d'exposition professionnelle à une maladie infectieuse chez un intervenant d'urgence. Voici les recommandations à cet égard :
   i. Nommer un(des) agent(s) désigné(s) (voir section 5). On peut choisir de préférence des infirmières ou des médecins en santé du travail ou des intervenants dans le domaine de la lutte antiinfectieuse, lorsque c'est possible; avant de nommer l'agent désigné, on devrait consulter les comités mixtes de santé et de sécurité ou, en leur absence, les intervenants d'urgence.
   ii. Établir un programme de formation destiné à l'agent désigné et à son remplaçant. Cette mesure peut être prise de concert avec les responsables de la santé publique et les autres organismes d'intervention d'urgence.
   iii. Faciliter la conclusion des ententes nécessaires à la prestation de services post-exposition de qualité, notamment de services médicaux, de services de counselling avant et après les épreuves de détection des anticorps anti-VIH, du VHB et du VHC et des services de soutien psychologique aux intervenants d'urgence exposés à des infections au travail. Dans le cadre de ces services, il faut également fournir un suivi permettant de documenter les infections professionnelles et les effets secondaires des médicaments administrés après l'exposition, p. ex., l'AZT.
   iv. Fournir de la formation et de l'information aux intervenants d'urgence, de façon qu'ils puissent aisément avoir accès à l'agent désigné à la suite d'une exposition professionnelle à une maladie infectieuse.

4. Rôle de l'intervenant d'urgence dans un protocole de notification

Préambule

L'intervenant d'urgence joue un rôle essentiel, car il veille à protéger sa santé dans l'exercice de ses fonctions.

Responsabilités et activités d'un intervenant d'urgence

L'intervenant d'urgence doit

a) respecter, au cours de son travail, les recommandations du programme de santé et sécurité au travail,
b) recevoir les vaccins et les doses de rappel requises, conformément aux recommandations du CCNI,
c) participer aux programmes de dépistage de la tuberculose,
d) participer aux séances d'éducation et de formation visant à prévenir la transmission des maladies infectieuses,
e) porter l'équipement de protection individuelle et utiliser des mesures de protection au besoin
f) respecter les protocoles visant les pathogènes transmis par le sang, dans toutes les situations qui peuvent présenter un risque d'exposition au sang ou aux liquides organiques contenant du sang (p. ex., les précautions universelles),
g) participer à l'élaboration de mesures de protection permettant de faire face à des situations nouvelles ou complexes potentiellement dangereuses,
h) appliquer les mesures énoncées dans le protocole de notification après une exposition professionnelle à des agents pathogènes transmis par des aérosols, à du sang ou à des liquides organiques contenant du sang,
i) obtenir sur-le-champ des soins médicaux et un traitement à la suite d'une exposition professionnelle à un agent pathogène transmis par des aérosols, à du sang ou à des liquides organiques contenant du sang, notamment des services de counselling avant et après une épreuve de détection des anticorps anti-VIH, du VHB ou du VHC,
j) veiller à remplir les documents requis relatifs à la blessure ou à l'exposition,
k) accepter de recevoir tous les soins médicaux requis et se conformer au suivi, et
l) collaborer à la résolution de problèmes entourant les expositions, de concert avec les comités de santé et sécurité.

5. Rôle de l'agent désigné dans un protocole de notification

Préambule

L'agent désigné devrait être bien renseigné concernant la transmission des maladies infectieuses et être en mesure d'offrir de l'aide à un travailleur exposé. La responsabilité d'offrir ce service pourrait être confiée au service de santé au travail.

Recommandations

1. Dans les organismes d'intervention d'urgence, on devrait confier à une(des) personne(s) le rôle d'agent désigné. L'agent désigné devrait être nommé conjointement par l'employeur et le syndicat.
2. La nomination d'un agent désigné pourrait être fonction de la région géographique, du nombre d'employés et de la complexité de l'organisation.
3. L'agent désigné devrait recevoir la formation voulue (formation de base et formation continue) pour être en mesure d'évaluer les cas d'exposition à un agent pathogène transmis par des aérosols, au sang ou aux liquides organiques contenant du sang chez un intervenant d'urgence.
4. Dans les organismes d'intervention d'urgence, on devrait établir un système de communication bien défini, de façon que l'intervenant d'urgence puisse communiquer facilement avec l'agent désigné 24 heures sur 24. Il convient de procéder rapidement à une évaluation après une exposition importante à du sang infecté par le VIH ou le VHB. La décision d'administrer de la zidovudine doit être prise dans les heures qui suivent une exposition au VIH.
5. L'agent désigné doit évaluer l'exposition subie par l'intervenant d'urgence et consigner la blessure. L'agent désigné communiquera rapidement avec les responsables de la santé publique s'il est établi que l'exposition professionnelle est importante.
6. Dans les 48 heures qui suivent la communication avec les responsables de la santé publique, l'agent désigné doit recevoir des recommandations concernant le suivi qui s'impose.

7. L'agent désigné transmettra directement les recommandations à l'intervenant d'urgence.
8. L'agent désigné peut aider l'intervenant d'urgence à obtenir le suivi médical nécessaire.

6. Rôle des responsables de la santé publique dans un protocole de notification

Préambule

Dans chaque province, c'est la Loi sur la santé publique qui détermine le mandat des divers responsables de la santé publique. L'un des rôles des médecins hygiénistes ou des directeurs de la santé publique consiste à recevoir les déclarations relatives aux maladies infectieuses faites par les médecins, les laboratoires, les hôpitaux et les services de santé publique et à veiller à la mise en oeuvre des mesures nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie. Étant donné que le rôle des médecins hygiénistes ou des directeurs de la santé publique peut varier d'une province à l'autre, il est possible que divers intervenants soient associés à la déclaration des maladies.

Le protocole de notification recommandé dans le présent document ne se substitue pas aux fonctions accomplies par les responsables de la santé publique; il vise à intégrer les intervenants d'urgence aux protocoles sanitaires établis qui servent de base à la recherche des contacts en ce qui concerne les agents pathogènes transmis par des aérosols, le sang ou les liquides organiques contenant du sang. Il propose également une démarche méthodique qui permet aux intervenants d'être informés du suivi indiqué après une exposition à un agent pathogène transmis par des aérosols, à du sang ou à des liquides organiques contenant du sang.

Recommandations

1. Chaque organisme provincial, territorial et fédéral devrait évaluer son propre mécanisme de recherche des contacts, afin de s'assurer que les intervenants d'urgence sont intégrés à ce mécanisme pour les maladies transmises par des aérosols, ou par le sang et les liquides organiques contenant du sang, ainsi que pour toutes les autres maladies à déclaration obligatoire.
2. Les responsables de la santé publique devraient participer activement à la notification chez les intervenants d'urgence qui ont été exposés à des agents pathogènes transmis par des aérosols, au sang ou aux liquides organiques contenant du sang.
3. Les responsables de la santé publique devraient communiquer avec l'agent désigné après l'évaluation d'un cas présumé d'exposition importante à un agent pathogène transmis par des aérosols, au sang ou aux liquides organiques contenant du sang.
4. Les responsables de la santé publique doivent vérifier les données détaillées transmises par l'agent désigné.
5. Si l'exposition est jugée importante, les responsables de la santé publique obtiendront, dans la mesure du possible, les renseignements disponibles concernant le statut infectieux de la personne source. La personne source, le médecin traitant, le dossier médical de la personne source ou le système provinciale de déclaration des maladies peuvent notamment fournir ces renseignements (voir Épreuves à la section 8.7)
6. Les responsables de la santé publique doivent veiller à ce que l'agent reçoive les recommandations relatives au suivi médical indiqué dans les 48 heures. S'il y a lieu, on devrait idéalement, dans l'intervalle, administrer des immunoglobulines contre l'hépatite B à un sujet non immunisé qui a été exposé au VHB.
7. Si la formation des agents désignés ne relève pas des responsables de la santé publique, ces derniers devraient tout de même aider les organismes d'intervention d'urgence à établir des programmes de formation à l'intention des agents désignés et des intervenants d'urgence.
8. Les responsables de la santé publique devraient observer tous les règlements en vigueur concernant la protection des renseignements personnels et veiller au respect de la confidentialité.

7. Rôle de l'établissement de soins de santé dans un protocole de notification

Préambule

Les établissements de soins de santé jouent un rôle de premier plan au chapitre de la reconnaissance et de la prévention des cas de transmission de maladies infectieuses.

En général, les recommandations suivantes sont destinées aux hôpitaux; elles peuvent toutefois être adaptées à d'autres établissements, comme les centres d'hébergement, les établissements correctionnels, les centres de désintoxication et les prisons.

Recommandations

1. Les établissements de soins de santé doivent continuer de signaler les maladies à déclaration obligatoire en empruntant le mécanisme actuel, conformément à la loi sur la santé publique pertinente, p. ex., lorsque, dans un établissement, un professionnel de la santé a diagnostiqué une maladie infectieuse transmissible par des aérosols chez un patient, il faut examiner les archives de l'établissement afin de déterminer si un intervenant d'urgence a été associé au transport de ce patient. Si tel est le cas, l'établissement de soins de santé doit informer le plus tôt possible les responsables de la santé publique du fait qu'un intervenant a pu être exposé à un agent pathogène transmis par des aérosols.
2. Les établissement de soins de santé doivent élaborer une politique administrative afin de faciliter la pratique des épreuves visant à rechercher les agents pathogènes transmis par le sang (voir Épreuves à la section 8.7).
3. Les établissements de soins de santé doivent établir un mécanisme administratif facilitant la transmission rapide, aux responsables de la santé publique, des renseignements requis dans le cadre de l'enquête sur une exposition. Il est recommandé de transmettre ces renseignements dans les 12 heures.
4. S'il est nécessaire de transporter une personne source présentant une maladie infectieuse soupçonnée ou avérée, il faut déterminer quelles sont les précautions requises pour prévenir toute propagation de la maladie et en informer les intervenants d'urgence associés au transport.
5. Un intervenant d'urgence qui doit recevoir des soins médicaux après une exposition professionnelle devrait être traité comme un patient, ce qui signifie qu'il faut respecter intégralement les protocoles établis de déclaration du cas à l'agent désigné et aux responsables de la santé publique.

8. Rôle des responsables des politiques dans le protocole de notification

Préambule

Les responsables des politiques ne jouent pas un rôle actif dans l'élaboration et la mise en oeuvre d'un protocole de notification chez les intervenants d'urgence. Le mécanisme d'élaboration et de mise en oeuvre peut varier selon les organismes provinciaux, territoriaux et fédéraux en cause.

La nécessité d'une structure et d'une participation gouvernementales peut varier selon les secteurs (p. ex., ambulance, incendie et police) et, dans chaque secteur, selon le type d'organisme en cause (p. ex., organismes bénévoles, organismes privés et organismes publics).

Les responsables des politiques consulteront avec intérêt le document intitulé «*Mandatory Guideline and Protocols for the Notification of Emergency Service Workers*», publié en 1994 par le ministère de la Santé de l'Ontario.

Recommandations

1. ***Lignes directrices***
   Chaque province, territoire et organisme fédéral devrait élaborer son propre protocole de notification des maladies infectieuses chez les intervenants d'urgence, en se fondant sur les présentes lignes directrices. Le protocole de notification devrait être l'une des composantes d'une stratégie plus globale de santé au travail axée sur la réduction du risque d'exposition aux maladies infectieuses au travail. Le protocole devrait s'appliquer aux secteurs ambulancier et policier et au secteur des incendies. (Le protocole devrait également viser les expositions au sang chez les «bons samaritains».)

2. ***Élaboration des politiques***
   L'élaboration des politiques et méthodes nécessaires peut mettre en jeu plusieurs ministères. Les ministères de la Santé provinciaux devraient s'assurer que l'exercice est entrepris et mené à bien. Les organismes fédéraux devraient trouver des mécanismes qui leur permettraient de collaborer au besoin avec les programmes provinciaux et territoriaux.

3. ***Participation***
   Les responsables des politiques devraient veiller à ce que tous les intervenants soient consultés lors de l'élaboration des protocoles, politiques et méthodes liés au protocole de notification provincial- territorial-fédéral chez les intervenants d'urgence. Parmi les participants à cet exercice pourraient notamment figurer les employeurs, les employés, les syndicats, les ministères, les organismes fédéraux, les professionnels de la santé, les associations regroupant les établissements de soins de santé, les organismes communautaires intéressés, les bénévoles et les autres parties intéressées.

4. ***Rôles particuliers***
   On confiera aux ministères provinciaux de la Santé la responsabilité générale de l'élaboration et de la mise en oeuvre d'un protocole adéquat de notification et de suivi chez les intervenants d'urgence qui ont été exposés à un agent infectieux dans leur travail.

   Les ministères provinciaux, par l'entremise du ministère responsable de la santé et de la sécurité au travail, devraient s'assurer qu'un protocole de notification a été mis sur pied et est connu tant de l'employeur que du syndicat. En vertu de la politique, les intervenants d'urgence devraient avoir accès à l'éducation et la formation voulues pour être en mesure de prendre les mesures préventives requises avant et après l'exposition professionnelle.

   Dans chaque province et territoire, des politiques devraient faire en sorte que le protocole de notification permette de faire face aux situations suivantes :
   - la personne à l'origine de l'exposition à une maladie infectieuse (personne source) n'est pas prise en charge par le système de soins de santé,
   - la personne source est prise en charge par le système de soins de santé, et
   - la personne source est inconnue, et impossible à identifier.

   Les responsables des politiques devraient s'assurer, par l'entremise du service de santé et sécurité au travail, que les travailleurs reçoivent la formation voulue en ce qui concerne :
   - les stratégies de prévention des maladies, notamment des agents pathogènes transmis par le sang (équipement de protection individuelle et mesures de protection)
   - les modalités de déclaration de l'exposition possible aux agents infectieux, et
   - les modalités présidant à l'application du protocole de notification en cas d'exposition aux agents pathogènes transmis par des aérosols, au sang ou aux liquides organiques contenant du sang.

   Dans la mesure du possible, la politique devrait faciliter les communications entre les différentes compétences, p. ex., entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral.

5. ***Mise en oeuvre***
   Les responsables des politiques à l'échelle provinciale, territoriale ou fédérale devraient utiliser toutes les mesures qu'ils estiment nécessaires pour s'assurer que des normes et des exigences minimales sont établies et appliquées pour la notification et le suivi des expositions professionnelles à des maladies infectieuses chez les intervenants d'urgence. Ces mesures pourraient être d'ordre réglementaire, en application des lois existantes, lorsque cette façon de procéder est praticable et jugée nécessaire. Dans les provinces ou territoires où il n'existe pas de loi à cet égard, on peut avoir recours à une politique pour mettre en oeuvre le protocole de notification chez les intervenants d'urgence.

6. ***Voie hiérarchique***
   On peut concevoir des algorithmes pour préciser les voies de communication et les responsabilités en ce qui concerne la mise en oeuvre du protocole, selon divers scénarios.

7. ***Épreuves***
   À la suite d'une exposition professionnelle au sang ou aux liquides organiques contenant du sang chez un intervenant d'urgence, les responsables de la santé publique devraient envisager de soumettre à des épreuves la personne source, au

même titre que si la personne exposée était un employé de l'établissement de soins de santé.

- *«En cas d'exposition significative à du sang, il importe que le travailleur sanitaire et l'établissement connaissent l'état infectieux du patient-source. Au Canada, dans la plupart des provinces et territoires, la recherche de l'anticorps anti-VIH est assujettie à un consentement éclairé préalable que doit obtenir et documenter le médecin traitant. Dans de tels cas, pour qu'il y ait consentement éclairé, il faut renseigner le malade sur la nature de l'infection à VIH et lui offrir des services de counselling relativement aux résultats possibles du test. La démarche peut être longue et difficile; et le médecin traitant, peu disposé à l'entreprendre. Si le malade ne fait pas l'objet d'un prélèvement de sang aux fins de la recherche de l'anticorps anti-VIH, il est possible qu'un travailleur sanitaire s'inquiète inutilement tant et aussi longtemps que des tests répétés ne démontrent pas qu'il n'a pas été infecté*[5]*.»*
- S'il est recommandé de procéder à des épreuves, il faut que la personne habilitée par l'établissement de soins de santé obtienne le consentement éclairé du client.
- Les participants à la réunion ont convenu à l'unanimité que les responsables de la santé publique devaient demander que l'on offre une épreuve de dépistage à la personne source. Il importe d'offrir un counselling adéquat avant et après le dépistage afin d'obtenir un consentement éclairé.
- S'il est permis, en vertu du protocole de notification, de soumettre à une épreuve la personne source, les responsables des politiques devraient répondre aux questions suivantes :
  - Qui peut demander qu'une épreuve soit pratiquée? Pourquoi? Et quand?
  - Qui doit communiquer avec le patient source pour obtenir son consentement à l'épreuve? Qui offre le counselling à la personne source avant et après l'épreuve? Qui pratique l'épreuve?
  - Qui reçoit les résultats et quels résultats cette personne reçoit-elle?
- Qu'on pratique ou non une épreuve de dépistage, il importe de préciser quel type d'information doit être communiqué aux responsables de la santé publique, à l'agent désigné ou aux intervenants d'urgence [p. ex., on peut informer l'intervenant d'urgence qu'il a été exposé à un agent pathogène donné, comme le VIH, ou à un agent pathogène infectieux transmis par le sang (sans préciser lequel)].

8. ***Confidentialité***
Le protocole de notification doit aborder les questions entourant le droit au respect de la vie privée et la confidentialité des dossiers médicaux en termes clairs, qui permettent de communiquer l'information pertinente. Les renseignements personnels ne doivent pas être divulgués sans le consentement éclairé de la personne source. L'agent désigné doit veiller au respect de la confidentialité lorsqu'il communique avec l'intervenant d'urgence.

9. ***Évaluation***
On devrait évaluer de façon périodique le protocole de notification, afin de s'assurer que les intervenants d'urgence reçoivent les renseigne- ments voulus en temps utile.

Les responsables des politiques devraient s'assurer que les statistiques pertinentes sont recueillies afin de permettre la surveillance des taux d'exposition déclarés et du suivi qui reflète les taux de maladies professionnelles ultérieures.

9. Glossaire

- **Transmissible/infectieux/contagieux** : pouvant être transmis d'une personne ou d'une espèce à une autre, comme une maladie transmissible, infectieuse. Dans le présent document, nous utilisons le terme «infectieux».
- Agent pathogène : tout microorganisme qui provoque une maladie
- **Réduction du risque pour les agents pathogènes transmis par le sang** : englobe l'application des précautions universelles.
- **Personne source :** personne à laquelle l'intervenant d'urgence a été exposé.

10. Références

1. Noël G. *Risque de transmission du VIH au travail*. Exposé présenté à la Conférence de concertation sur la notification des maladies infectieuses aux intervenants d'urgence, Paris, France, les 8 et 9 juin 1995.
2. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation*. 4e éd. Ottawa, Ont : Santé Canada, 1993 (Approvisionnements et Services Canada, n° de cat. H49-8/1993F).
3. Laboratoire de lutte contre la maladie. *Lignes directrices pour la prévention de la transmission de la tuberculose dans les établissements de soins de santé et autres types d'établissements au Canada*. Ottawa, Ont : Santé Canada. En cours d'impression.
4. Ministère de la santé de l'Ontario. *Preventing and assessing occupational exposures to selected communicable diseases*. Toronto, Ont : Ministère de la santé de l'Ontario, 1994.
5. Laboratoire de lutte contre la maladie. *Précautions élémentaires : rapport d'une réunion du comité de concertation*. RHMC 1989;15:23-8.

Annexe 1 — Liste de participants

Abbott, Dr. Lewis
Queen Elizabeth Hospital

Anderson, Mrs. Cathy
Saskatoon Community Health

Armstrong, Mrs. Nicole
Laboratoire de lutte contre la maladie

Beanlands, Mrs. Hope
Department of Health and Fitness

Beckwith, Mr. James
La Société de l'hemophilie

Binnie, Ms. Christel
L'Association internationale des pompiers

Braithwaite, Ms. Joann
City of Toronto Health Department

Brazeau, Dr. Michel
Fédération des médecins spécialiste du Québec

Brewer, Mrs. Alexa
Laboratoire de lutte contre la maladie

Brown, Dr. Jeremy
RCMP/GRC

Butler, Mr. Mark
BC Federation of Police Officers

Corkery, Mr. Louis
Saskatchewan Health

Coupar, Mr. Doug
L'Association internationale des pompiers

Duncombe, Mr. Rus
Saskatchewan Health

Dugas, Mr. Jean-Marc
Santé et services communautaires

Forman, Dr. Noah
Toronto Fire Academy

Foster, Mr. Kent
Direction générale de la protection de la santé

Gibson, Mr. Richard
Direction des services de santé d'urgence

Grade, Dr. Roxane
Alberta Labour

Graydon, Mr. Michael
Société canadienne du SIDA

Hannah, Dr. Kathryn
University of Calgary

Houston, Mr. Rick
Police Association of Ontario

Humphries, Dr. Paul
Ministère du Solliciteur général et des services correctionnels

Kostiuk, Mr. Andrew
Provincial Federation of Ontario Fire Fighters

Ladouceur, Mrs. Sylvie
Laboratoire de lutte contre la maladie

LeBlanc, Ms. Mary
Victoria General Hospital

Longeway, Mr. Bryon
Ambulance Paramedics of British Columbia

Mohanna, Dr. Samy
Santé Canada

Major, Mr. Doug
Société canadienne de personnel ambulancier

McGeer, Dr. Allison
Princess Margaret Hospital

Mitchell, Mr. David W.
Vancouver Firefighters, Local 18 - IAFF

Nadon, M. André
Fraternité des policiers de Laval

Ofner, Marianne
Laboratoire de lutte contre la maladie

Onno, Ms. Sharon
Laboratoire de lutte contre la maladie

O'Neil, Mrs. Laurie
Foothills Hospital

Paton, Ms. Shirley
Laboratoire de lutte contre la maladie

Paradis, Dr. Réjean
Centre de la santé publique de Québec

Peck, Dr. Shaun
BC Ministry of Health

Phippen, Ms. Diane
Cadham Provincial Laboratory

Pizzino, Mr. Anthony
Syndicat de la Fonction publique

Poirier, Mr. Pierre
Strathcona County Fire Fighters

Redekop, Dr. Ted
Manitoba Labour

Renaud, Ms. Nicole
Santé Canada

Rivera, Mr. Amorsolo
Ministère de la santé d'Ontario

Robertson, Mr. Brian
Police provinciale de l'Ontario

Robillard, Dr. Pierre
Montreal Public Health Direction

Roy, Dr. Elise
Hôpital général de Montréal

Schriemer, Mr. Otto
Saskatoon Ambulance

Sahin, Dr. Rita
North York Health Unit - Central Office

Shewchuk, Mr. Larry
Edmonton Police Service

Shushelski, Ms. Carolyn
Ontario Hospital Association

Spika, Dr. John
Laboratoire de lutte contre la maladie

Stratton, Dr. Faith
Newfoundland Department of Health

Tardif, Mr. Jean-Marc
Direction de la protection de santé publique

Thibodeau, Dr. Jean-Louis
Santé publique du Nouveau-Brunswick

Topliffe, Mr. Doug
L'Association canadienne des pompiers

Urquhart, M. Don
Syndicat des pompiers du Québec

Wallace, Dr. Evelyn
Ministère de la santé d'Ontario

Waters, Dr. John
Alberta Health

Wilson, Dr. Thomas
Elgin - St.Thomas Health Unit

Wyman (O'Grady), Ms. Janice
Riverside Hospital

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Groupe Communication Canada - Edition
Ottawa (Canada) K1A 0S9
N° de téléphone : (819) 956-4802
Télécopieur : (819) 994-1498

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada, 97.50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1995

Conseiller scientifique : Dr J. Spika (613) 957-4243
Dr F. Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier